



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

<b>SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL</b>	
Processo nº _____	
Data: ____/____/____	fls. _____
Rubrica: _____	
ID: _____	

**REQUERIMENTO PARA ABERTURA DE PROCESSO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE EM SERVIÇO OU DE DOENÇA PROFISSIONAL**

À Superintendência de Recursos Humanos da UERJ

Nome	
Matrícula UERJ	Id Funcional
Lotação	Localização
Cargo/Função	
CPF:	RG:
Tel/Ramal	Celular
E-mail:	

ACIDENTE DE TRABALHO     DOENÇA OCUPACIONAL

**Documentação que o servidor deve apresentar:**

- Notificação de acidente de trabalho - NAT com a devida assinatura da direção da unidade e carimbo identificador (disponível no site da SRH);
- Boletim de atendimento médico;
- Registro de ocorrência (se houver);
- Escala de serviço ou jornada de trabalho referente ao mês do acidente, assinada pela chefia;
- Comprovante de residência;
- Notificação de Acidente de Trabalho - NAT (emitida quando o servidor passa por atendimento no DESSAUDE).

**Pede deferimento.**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor

Favor protocolar este documento na DCOM, sala T-68



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

À Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional

Comunicamos o acidente de serviço ocorrido com servidor desta instituição

### IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome	
Cargo	Matrícula
Unidade de lotação	Horário de trabalho

### ACIDENTE

Descrição	
Local	Data e hora do acidente

### SOCORRO IMEDIATO

Prestado por
Identificação do prestador do socorro

### TESTEMUNHAS

1) Nome
Identificação
2) Nome
Identificação

Notificação realizada às \_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ quando foi emitido o AIM anexado.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante é crime previsto no Código Penal (Decreto Lei nº 2.848/40).

Assinatura, matrícula e carimbo do chefe imediato

Assinatura, matrícula e carimbo da chefia de RH



ESTA DECLARAÇÃO DEVERÁ SER ENTREGUE  
TOTALMENTE PREENCHIDA AO MÉDICO PERITO,  
NO ATO DA CONSULTA.



DOC 2

VERSÃO 18/03/2019

Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional

O SERVIDOR ABAIXO IDENTIFICADO ESTÁ PORTANDO ARMA DE FOGO NO MOMENTO? ( ) SIM ( ) NÃO

NOME DO SERVIDOR: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ CÔNJUGE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ ÓRG. EXP: \_\_\_\_\_

WATHSAPP: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_

LOTAÇÃO - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

E-MAIL - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

### DECLARAÇÃO DE VÍNCULO DO SERVIDOR - RECEPÇÃO

Declaro para fins de comprovação junto à Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional do Governo do Estado do Rio de Janeiro, que **NÃO POSSUO OUTRO** vínculo trabalhista em setor público ou privado e não desenvolvendo nenhuma outra atividade remunerada, podendo ser licenciado, se necessário, em conformidade com a lei.

**ATENÇÃO: Caso se enquadre em alguma das situações abaixo, favor assinalar.**

Declaro possuir outra matrícula em órgão público: ( ) Estadual ( ) Municipal ( ) Federal

Unidade: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Tenho vínculo de trabalho com empresa privada e NÃO ESTOU em gozo de licença previdenciária (Auxílio-Doença ou outro).

Estou atualmente em licença médica por outro órgão.

Estou recebendo Auxílio-Doença do INSS.

Declaro possuir \_\_\_\_\_ matrícula(s), na(s) seguintes instituições / órgãos: \_\_\_\_\_

Declaro possuir APENAS UMA matrícula em instituição pública, no seguinte órgão: \_\_\_\_\_

Sou servidor Extra-Quadro, ou seja, NÃO SOU ESTATUTÁRIO.

Afirmo serem verdadeiras as informações por mim prestadas a esta Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional.

**ATENÇÃO: FRAUDE PERICIAL É CRIME PREVISTO NO CÓDIGO PENAL - Lei nº 2.848 / Artigo 342.**

CP Art. 342. "Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral: (Redação dada pela Lei nº 10.268, de 28.8.2001).

• ESTOU NA PRESENTE DATA, READAPTADO: ( ) SIM ( ) NÃO DESDE: \_\_\_\_\_

• JÁ RECEBI OUTRAS LICENÇAS? ( ) SIM ( ) NÃO

ATENÇÃO FUNCIONÁRIO DA RECEPÇÃO:

O PREENCHIMENTO DO E-MAIL DO SERVIDOR É OBRIGATÓRIO  
VERIFIQUE O CORRETO PREENCHIMENTO DESTA DECLARAÇÃO.

DATA DE ADMISSÃO NO SERVIÇO PÚBLICO: \_\_\_\_\_

TEMPO DE SERVIÇO: \_\_\_\_\_

CHECKLIST DO FUNCIONÁRIO SPMSO:

DECLARAÇÃO e E-MAIL PREENCHIDOS?

( ) SIM ( ) NÃO

FUNCIONÁRIO DA RECEPÇÃO

NOME - ASSINATURA / MATRÍCULA

Assinatura

Data

Data

TUDO ATENDIMENTO MÉDICO PERICIAL SÓ PODERÁ SER REALIZADO COM ESTA  
DECLARAÇÃO TOTALMENTE PREENCHIDA E ASSINADA, CONSTANDO E-MAIL





Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

REGISTRO N°

## DECLARAÇÃO DE CARGA HORÁRIA

À Superintendência de Recursos Humanos da UERJ/DEARH

Nome	
ID	Matrícula UERJ
Cargo	Lotação
Telefone	Celular
E-mail	

### 1) Jornada de Trabalho

Dias da Semana	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Início							
Término							
Início							
Término							
Início							
Término							

C.H semanal total: h/s

### PLANTÕES

Dias	Horário

Favor protocolar este documento na SRH, sala T-94  
(Protocolo da SRH)



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## DECLARAÇÃO DO SERVIDOR PARA CARGA HORÁRIA

Declaro, sob as penas da Lei, que o tempo despendido entre um local de trabalho e outro é de \_\_\_\_\_ hora (s) e \_\_\_\_\_ minutos, e que não exerço nenhum outro cargo, emprego, função ou cargo em comissão remunerado pelo Poder Público, além dos discriminados nos documentos por mim apresentados e entregues à UERJ nesta data.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor

### ATESTADO DA DIREÇÃO DA UNIDADE/CHEFIA IMEDIATA

Atesto que todas as informações registradas acima são verdadeiras

Nome

Assinatura

Data

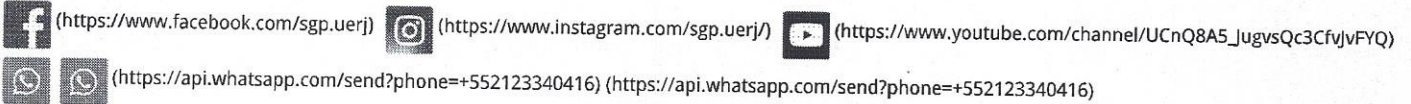
Carimbo/Matrícula

Favor protocolar este documento na SRH, sala T-94  
(Protocolo SRH)



(<http://www.uerj.br>)

Buscar...



📍 [Serviços \(/site/index.php/servicos.html\)](/site/index.php/servicos.html) / [Saúde do Servidor \(/site/index.php/servicos/52-saude-do-servidor.html\)](/site/index.php/servicos/52-saude-do-servidor.html) / [Acidente de Trabalho durante Covid-19](#)

## **Acidente de Trabalho durante Covid-19 (/site/index.php/servicos/52-saude-do-servidor/439-acidente-de-trabalho-durante-covid-19.html)**

### **REGISTRO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO DURANTE PANDEMIA DE COVID-19**

Tendo em vista a pandemia, a ocorrência de acidente de trabalho ou de doença ocupacional deverá ser comunicada ao DESSAUDE, em caráter excepcional e temporário, de forma remota, pelo próprio servidor ou chefia imediata, preferencialmente **no primeiro dia útil ou até 3 (três) dias** após o evento. Para os casos confirmados de Covid-19, o prazo se estabelece **até 3 (três) dias úteis** após emissão do laudo de PCR-RT / Sorologia Covid-19 positivo. Em todas as circunstâncias, é necessário cumprir o fluxo a seguir:

**Atenção:** Ocorrências anteriores a setembro/2020 deverão seguir o mesmo procedimento.

#### **COMO REGISTRAR A OCORRÊNCIA**

1) Imprimir, preencher e assinar o **REQUERIMENTO PARA ABERTURA DE PROCESSO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE EM SERVIÇO OU DE DOENÇA PROFISSIONAL** ([/site/images/REQUERIMENTO\\_PARA\\_ABERTURA\\_DE\\_PROCESSO\\_EM\\_DECORRÊNCIA\\_DE\\_ACIDENTE\\_EM\\_SERVIÇO\\_OU\\_DE\\_DOENÇA\\_PROFISSIONAL.pdf](/site/images/REQUERIMENTO_PARA_ABERTURA_DE_PROCESSO_EM_DECORRÊNCIA_DE_ACIDENTE_EM_SERVIÇO_OU_DE_DOENÇA_PROFISSIONAL.pdf)) e providenciar toda a documentação abaixo, conforme circunstância;

2) Imprimir e preencher a **NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO** ([/site/images/NOTIFICAO\\_DE\\_ACIDENTE\\_DE\\_TRABALHO.pdf](/site/images/NOTIFICAO_DE_ACIDENTE_DE_TRABALHO.pdf)) (modelo SPMSO);

- No documento de Notificação de Acidente de Trabalho deverá constar a assinatura da chefia imediata;
- Deixar o campo de assinatura da chefia de RH em branco.

3) Imprimir, preencher e assinar a **DECLARAÇÃO DE VÍNCULO DO SERVIDOR** ([/site/images/DECLARAÇÃO\\_DE\\_VINCULO\\_DO\\_SERVIDOR.pdf](/site/images/DECLARAÇÃO_DE_VINCULO_DO_SERVIDOR.pdf));

4) Imprimir, preencher e assinar a **DECLARAÇÃO DE CARGA HORÁRIA** ([/site/images/DECLARAÇÃO\\_DE\\_CARGA\\_HORÁRIA.pdf](/site/images/DECLARAÇÃO_DE_CARGA_HORÁRIA.pdf));

- No documento de Declaração de Carga Horária deverá constar a assinatura da chefia imediata.

**ATENÇÃO:** Preencher completamente os documentos, sem rasuras, com todas as assinaturas devidas **ANTES** de digitalizá-los para o envio.

Além dos documentos acima, o e-mail de solicitação deve conter um documento de identificação com foto.

5) Digitalizar os documentos comprobatórios conforme o tipo de ocorrência, citados abaixo; e

6) Fornecer, se possível, registro fotográfico ou vídeo da ocorrência (registro de tudo que possa identificar a condição de acidente, objeto causador, local do acontecimento, dinâmica do fato gerador, entre outros).

#### **Documentos Comprobatórios em caso de Acidente de Trajeto**

- Nos casos de acidente de trânsito, assalto, atropelamento, dentre outros que gerem documentos como BRAT (Boletim de Registro de Acidente de Trânsito) e Boletim de Ocorrência, anexar essas documentações;
- Outras formas de comprovar o ocorrido: relato no livro de ordem e ocorrência do setor; boletim de atendimento hospitalar; atestado médico ou declaração de comparecimento do dia da intercorrência.

#### **Documentos Comprobatórios em caso de Acidente Típico**



- Relato no livro de ordem e ocorrência do setor; boletim de atendimento hospitalar; atestado médico ou declaração de comparecimento do dia da ocorrência, comunicado de testemunhas e chefias.

#### Documentos Comprobatórios em caso de Exposição Ocupacional à Covid-19

O(a) servidor(a) deverá encaminhar ao DESSAUDE a seguinte documentação:

- Atestado médico;
- Laudo médico descritivo do quadro clínico apresentado;
- Declaração de Atendimento Médico (DAM);
- Exames complementares, caso possua;
- Escala de trabalho dos últimos 30 dias antes do diagnóstico;
- Declaração da chefia informando se o servidor prestou assistência a pacientes com diagnóstico de COVID-19 nos 30 dias que antecederam o diagnóstico do servidor.

**OBSERVAÇÃO:** Toda a documentação original deverá ser guardada em posse do(a) acidentado(a) para ser apresentada ao DESSAUDE, após a normalidade do atendimento, caso solicitado.

#### COMO ENCAMINHAR A DOCUMENTAÇÃO

Todos os documentos citados anteriormente devem ser enviados preferencialmente em PDF (com o Requerimento de Abertura na primeira página), **NOMEANDO O ARQUIVO** da seguinte forma: NOME DO TRABALHADOR(A) – MATRÍCULA – REGISTRO DE OCORRÊNCIA.

**Exemplo:** João da Silva – 11.111-1 – Registro de Ocorrência

O e-mail com a documentação deve ser encaminhado para (mailto:<script type='text/javascript'> <!-- var prefix = 'ma' + 'il' + 'to'; var path = 'hr' + 'e' + '='; var addy99123 = 'diset' + '@'; addy99123 = addy99123 + 'srh' + '.' + 'uerj' + '.' + 'br'; document.write('<a ' + path + '\" + prefix + '!' + addy99123 + '\>'); document.write(addy99123); document.write('</a>'); //-->\n </script><script type='text/javascript'> <!-- document.write('<span style='\"display: none;\">'); //--> </script>O endereço de e-mail address está sendo protegido de spambots. Você precisa ativar o JavaScript enabled para vê-lo. <script type='text/javascript'> <!-- document.write('</'); document.write('<span>'); //--> </script>)diset@srh.uerj.br (mailto:diset@srh.uerj.br), com o seguinte padrão de **ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE ABERTURA DE PROCESSO DE ACIDENTE DE TRABALHO.**

- O corpo do e-mail deve possuir a seguinte redação: "Eu, NOME DO TRABALHADOR e MATRÍCULA, solicito o registro da ocorrência de acidente de trabalho". A mensagem deve conter apenas o pedido desse registro.

**Exemplo:** Eu, João da Silva, matrícula 11.111-1, solicito o registro da ocorrência de acidente de trabalho.

#### CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

O envio dos documentos ao DESSAUDE **não** necessariamente indica o afastamento do trabalho como acidente de trabalho ou doença ocupacional (Art.115). Essa caracterização é de competência da Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional (SPMSO).

Cabe ao departamento analisar a documentação apresentada e, caso seja pertinente, emitir e encaminhar a Notificação de Acidente de Trabalho (modelo DESSAUDE) ao(à) servidor(a), que deverá juntá-la aos demais documentos; sendo o(a) responsável pelo envio à Coordenadoria de Atendimento (Coat, antigo Saus) para abertura de processo, a ser apreciado pela SGP e submetido à SPMSO.

Em caso de dúvidas, entrar em contato por meio do **WhatSaúde (2334-2131)**. Se forem referentes a outros assuntos da SGP, direcioná-las ao e-mail da Coordenadoria de Atendimento (Coat, antigo Saus): atendimento@srh.uerj.br (mailto:atendimento@srh.uerj.br).

Neemias Espindola dos Santos  
Diretor do DESSAUDE/SGP  
Mat.: 34.092-7/ ID: 607965-2

(/#facebook)  
(/#email)

(/#whatsapp)

(/#twitter)

(/#copy\_link)

Superintendência de Gestão de Pessoas — SGP

Rua São Francisco Xavier, 524, Bloco F, Térreo, Sala 114, Campus Maracanã | atendimento@srh.uerj.br (mailto:atendimento@srh.uerj.br)